1 例糖尿病伴多发性下肢静脉溃疡患者的个案护理

程深伟

（北京市昌平区南口医院 急诊科，北京，102202）

摘 要 本文总结 1 例糖尿病合并多发性下肢静脉溃疡患者伤口的护理经验。在综合评估分析病因，去除病因的基础上，根据国际伤口治疗指南 TIME-H 原则，在伤口愈合不同时期分期治疗，去除影响伤口愈合的因素；同时基于循证护理，分别采用多个量表对患者从整体到局部、从生理到心理社会进行全面和量化的评估，制定针对性、突出个体特色和精准化的整体护理方案；在多学科合作下进行调控血糖、心理护理、疼痛管理和饮食运动指导等全方位护理干预。有效改善患者症状，促进伤口愈合。

关键词：下肢静脉溃疡；TIME-H 原则；循证护理；整体护理；病例报告

Nursing care of a diabetic patient with multiple venous ulcers of lower extremities

CHENG Shenwei

(Emergency Department, Nankou Hospital, Changping District, Peking, China 102202)

ABSTRACT: This article summarizes the wound nursing experience of a diabetic patient with multiple venous leg ulcers. On the basis of analyzing the etiology and removing the etiology, according to the TIME-H principle of international wound treatment guidelines, Staged treatment in different periods of wound healing to remove the factors affecting wound healing. At the same time, based on evidence-based nursing, a number of scales were used to conduct a comprehensive and quantitative evaluation of patients from the whole to the local, from the physiological to the psychological level, to develop targeted and highlight the individual characteristics and precision of the overall nursing program. Under the cooperation of multiple disciplines, comprehensive nursing interventions such as blood glucose regulation, psychological nursing, pain management and diet and exercise guidance were carried out. Effectively improve the symptoms of patients, accelerate wound healing.

KEY WORDS: venous leg ulcer ; The TIME-H principle; Evidence-based nursing; Holistic care;case report

下肢静脉性溃疡（venous leg ulcer,VLU）是一种周围血管性疾病，与深静脉瓣膜功能不全引起的静脉压升高以及腓肠肌泵功能不全导致的深静脉血回流障碍等因素相关[1]。其特点为，常见发病部位为小腿下 1/3 处，即“足靴区”；反复发作；愈合困难，肥胖、糖尿病、关节炎等因素使慢性静脉功能不全进一步加剧以致溃疡迁延不愈；病程长达数月至数年不等；常伴溃疡周围水肿问题；创面毛细血管存在明显增生，伴随显著疼痛[2]。VLU 严重影响了患者生活质量，加重患者家庭经济负担及社会负担。本案例患者即典型 VLU，同时有多种相关因素影响创面愈合。

该病例通过 TIME-H 原则[3]进行伤口局部干预治疗，同时结合循证护理指南对患者全身状况制定整体护理方案进行了全方位护理干预，取得了良好效果，现报告如下。

1 病例资料：

1.1 一般资料：

患者男，86 岁，身高 1.8m，体重 86kg, BMI 26.5 入院于 2016 年 9 月 19 日 ；主诉："小腿多处破溃，疼痛强烈，2 年来多处就诊未治愈且病情逐渐加重，曾于 1 周前至外院血管外科就诊，专家建议：手术清创植皮或保守换药治疗，患者不想植皮，遂至本院就诊"。既往史：下肢静脉曲张病史 20 余年；2 型糖尿病史 10 余年；膝关节炎病史 8 年；5 年前确诊原发性血小板增高症。口服降血小板药物羟基脲及阿司匹林至今，2 年来因下肢溃疡疼痛行动不便未前往血液科复诊，持续服用降血小板药；口服二甲双胍、阿卡波糖，血糖控制不佳。患者生命体征平稳，否认高血压、心脑血管疾病、免疫系统疾病史；否认药物及食物过敏史；无吸烟史；近 2 月因患处疼痛导致睡眠不佳及日常活动受限。

视诊：可见 3 处溃疡分别位于：①左踝部 3.0cm×3.0cm ②左踝部上方 8.5cm×5.0cm (小腿外下 1/3 处），①、②号创面组织形态均为<25%黑色、＞75%黄色，中量、黏稠黄绿色渗出，③右跟腱处 3.2cm×3.5cm，100%黄色组织，少量黄色渗出，创面腐臭味接近一臂距离可嗅到，双下肢色素沉着明显，伤口周围红肿明显。

触诊：双下肢伤口周围约 5cm 范围内皮温高、压痛明显，疼痛评分 6 分，双膝盖以下凹陷性水肿。

辅助检查：①手持多普勒检查：双侧 ABI=1.0 （正常），②下肢 CTA：双下肢动脉未见异常，③下肢静脉彩色多普勒超声：提示存在下肢静脉功能不全。

专科查体：糖尿病神经系统病变筛查：双足痛觉、温度觉、压力觉、振动觉、踝反射等功能正常。

实验室相关检查异常提示：白细胞计数 11×10^9/L ，中性粒细胞 66.2%，C 反应蛋白 5.6mg/L，空腹血糖 8.1 mmol/L，餐后 2h 血糖 12.3 mmol/L，伤口细菌培养阳性。血小板计数（280×10^9/L）及其他项目均正常。

临床诊断：下肢静脉溃疡；软组织感染；2 型糖尿病

1.2 治疗及转归：

入院后给予：①静脉抗感染治疗，创面行外科清创，2 周后局部红肿消散停用抗生素。②调整降糖药物，强化控制血糖。③必要时给予口服止痛药④血液科复诊，遵医嘱暂停服用羟基脲，每月复查血小板计数，出现异常及时复诊。

经过 2 周治疗干预：伤口感染控制，出院门诊换药，直至伤口痊愈。

2 护理

2.1 护理评估

专科评估：①CEAP 分级（临床-病因学-解剖学-病理生理学分类）：C6 级（重度）[1]，②临床症状 VCSS 评分：22 分（严重）[1]，③TIME-H 愈合能力评估：11 分（不一定愈合）[3]。

整体评估：①伤口疼痛评分：NRS 评分 6 分（中度）[4]，②医院焦虑、抑郁量表 HAD 评分：17 分（肯定存在焦虑症状），③SSRS 社会支持度量表评估 30 分（一般）。

2.2 护理措施

2.2.1 整体护理

清创、抗感染：彻底清除坏死组织，减少创面生物负荷，减少渗出，控制局部感染，4 周内创面肉芽覆盖率＞75%，4 周后创面炎症消散行短延展绷带压力治疗，直至 30 周创面痊愈。

疼痛管理：换药前疼痛评分疼痛评分 4-6 分时采取干预措施，嘱患者提前 30min

口服非甾体抗炎止痛药或中枢性止痛药，操作中疼痛超过 6 分时用 0.5%利多卡因生理盐水纱布湿敷创面 15 min 再开始换药[5]；换药中动作轻柔，安抚患者，同时指导饮食分散注意力；换药后嘱患者平稳休息片刻再缓慢起身。患者主诉溃疡创面疼痛逐渐减轻，至 30 周内达到 VRS 评估 0 分。患者疼痛评分按计划随伤口愈合进展逐渐降低，4 周换药疼痛评分 4，静息时疼痛程度低于 4 分则停用止痛药物，25 周伤口痊愈。

饮食指导：嘱患者适当增加富含维生素以及微量元素的食物，摄入足量蛋白质如瘦肉、鸡蛋、牛奶等有助于伤口恢复，因患者低运动量，且 BMI 26.5 宜采取低碳清淡饮食，每日碳水化合物摄入占总能量摄入的 26%-45%[6]，平稳控制血糖。

监测血糖：治疗期间嘱患者遵医嘱按时定量用药，每天达到血糖值空腹 7mmol/L 以下、餐后 2h 10mmol/L 以下。

保护皮肤：治疗过程随时保护伤口周围的干燥脆弱皮肤，涂抹皮肤保护剂，避免瘙痒抓破形成新溃疡。

运动指导：指导卧位踝泵运动、蹬自行车运动，每天上下午各做 5 组，每组持续 1min，休息时抬高小腿，促进静脉血液回流减轻下肢水肿 [7]。

心理护理：嘱患者睡前听舒缓音乐或者看书，鼓励其增加运动量，促进睡眠；每 4 周做 1 次 HAD 焦虑评分，4 周内降至 7 分以下达到正常；与患者子女沟通，空闲时间给患者发微信聊天，尽量多陪伴，在尊重患者意愿的前提下每周带患者外出游玩散心 1 次，鼓励患者参加社区老年活动，如打太极、下棋、唱歌等，消除患者孤独感，嘱其独处时多听音乐、听小说、看电视，4 周内社会支持度评估达到 50 分良好以上。

2.2.2 伤口护理

根据患者情况，将伤口护理分为 3 个阶段。

第 1 阶段感染控制期，去除病因，控制感染，全身支持：2 周内完成坏死组织清创，播散感染得到控制，伤口周围红肿热痛症状消除，间生态组织恢复，不再出现新发溃疡和坏死组织，降低再感染风险。以保守外科清创为主，自溶性清创辅助，配合含银脂质水胶体敷料、泡沫敷料、无菌棉垫等结合应用，根据渗液量 1—3 天换药 1 次。第 3 周评估情况：伤口无异味；疼痛评分换药时 4 分；组织类型：＜25%黄色、＞75%红色；伤口面积：①2.6cm×2.5cm②8cm×4.7cm③4cm×5cm 均明显缩小；少量浆液性渗出；伤口周围无红肿热痛，周围皮肤组织活力恢复。

第 2 阶段肉芽生长期，为肉芽组织提供适宜生长的湿度环境：在第 1 阶段伤口周围组织活力恢复良好的基础上，保护周围皮肤，防止再次出现新发溃疡。国内外均有文献报道，羟基脲皮肤毒性致下肢皮肤溃疡[8-9]，因此在血液科检查指标正常的情况下，遵医嘱暂时停服羟基脲，减少致病因素。此阶段以提供湿性平衡环境，保护促进肉芽生长为目的，应用片状水凝胶或脂质水胶体外覆盖泡沫敷料，换药频率 5—7 天 1 次。第 10 周评估情况：疼痛评分换药时 2 分；伤口床已完成肉芽覆盖过程，均为 100%红色组织；伤口面积①2.3cm×2cm②4.2cm×2.4cm③3.8cm×3.5cm，进一步缩小；少量浆液性渗出；伤口周围皮肤略干痒，给予赛肤润涂抹保护，此阶段开始应用短延展绷带压力治疗，促进下肢静脉血回流，防止下肢静脉压增高导致组织间通透性增加，破坏创面愈合微环境。

第 3 阶段上皮爬行期，弥补短板，快速覆盖：该患者拒绝行手术植皮术，因此继续换药，主要通过脱细胞人工真皮敷料进行辅助爬皮的方式弥补短板，促进上皮完全覆盖，10 天换药 1 次。压力治疗持续至 25 周上皮完全覆盖，3 处创面痊愈。

治疗过程详见图 1-3：



图 1 第 3 周 10 月 12 日感染控制期完成（第一阶段）



图 2 第 10 周 12 月 2 日肉芽生长期完成（第二阶段）



图 3 第 24 周 3 月 6 日上皮爬行期 （第三阶段）

2.3 护理效果评价

干预效果见图 4-6：



图 4　初诊 9 月 19 日　伤口情况



图 5 第 25 周 3 月 15 日　伤口痊愈

干预治疗项目	9.19 治疗前	10.03 治疗后
BMI	26.5	25.3
血糖	餐前8/餐后12	餐前6.5/餐后7
白细胞	11×10^9mmo/L	7×10^9mmol/L
血小板	280（正常范围）	290（正常范围）

图 6　　治疗前后对比

3 结果和随访

患者痊愈后每月进行 1 次微信随访，连续随访 1 年指导患者日常预防皮肤溃疡再复发，并嘱其出现问题及时就医，遵医嘱服用降糖药，持续保持健康生活方式及正确饮食习惯。患者对整个伤口治疗过程非常满意，并与医护人员建立良好关系，依从性强。

4 讨论

本案例通过 VCSS 评估、CEAP 分类、伤口愈合能力评估等护理评估得出结果为难愈合性下肢静脉溃疡。慢性创面失去自然愈合条件，需要通过识别及清除影响创面愈合的各种因素，创造相对适宜局部微环境，才能使其进入生理愈合状态。通过病因识别积极控制基础病，遵医嘱增减口服药，去除全身致病因素;根据 TIME-H 原则，采用局部创面清创、合理应用伤口治疗工具、保护伤口周围皮肤等措施，达到去除局部感染灶、提供肉芽生长适宜环境、预防新发溃疡的效果，该原则为 VLU 的治疗临床实践工作提供了理论基础。

压力治疗是下肢静脉疾病治疗的金标准[10]，在预防和治疗 VLU、淋巴水肿等疾病方面效果显著。该患者在 ABI 正常、不存在下肢动脉硬化及动脉闭塞等问题的前提下，应用短延展压力绷带，进行压力治疗。有效改善了患者因行走不便腓肠肌泵未能充分发挥作用造成的下肢静脉高压状态，促进静脉血回流，改善了组织间微环境。高工作压、低静息压的特点既不影响下肢舒适度，也不影响末梢动脉供血，有效促进了 VLU 的愈合[11]。

难愈合创面是多因素对皮肤造成损伤的结果，病因不除伤口难愈，准确发现病因，专科控制病因，并且正确处理伤口，才能最终痊愈[12]。多学科合作护理模式以患者为中心，强化医生护士协同作用，有助于及时调整诊疗方案和快速实施护理措施，达到无缝衔接的高效诊疗护理模式，同时避免了患者多处挂号就医，浪费医疗资源的情况。本个案由内分泌科、外科、皮肤科医师（医）及康复治疗师（技）、伤口治疗师（护）组成多学科医护合作治疗组，进行基础病控制、手术清创、疼痛管理、康复训练、心理疏导、饮食指导等全方位干预，为患者提供更为全方位人性化和整体连续性的优质护理。有效提高患者就医便捷性，深入落实医疗服务创新模式，值得推广应用。

5 小结

本次护理围绕创面护理、基础病控制、疼痛管理、心理疏导、康复训练等方面进行，取得了良好的护理效果，提高患者生活质量，创造了良好的社会效益。但是，糖尿病合并下肢静脉溃疡病情复杂治疗难度大、治疗周期长，需要患者及家属的积极配合和支持。因此需要伤口专科医护人员不断学习更加高效愈合创面的方法策略，缩短治疗周期，更大程度的降低患者痛苦[13]。

案例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明：作者声明本文无利益冲突。

参考文献：

[1] 中华医学会外科学分会血管外科学组，中国医师协会血管外科医师分会，中国医疗保健国际交流促进会血管外科分会，海峡两岸医药卫生交流协会血管外科分会，中国研究型医院学会血管医学专业委员会，中国老年医学学会周围血管疾病管理分会，中国微循环学会血管外科分会.中国慢性静脉疾病诊断与治疗指南 [J].中华医学杂志，2019,99(39):3047-3061.

[2] 王永美.下肢静脉溃疡伤口护理研究进展[J].实用临床医学,2020,21(6):104-106.

[3] 李海艳，余文霞.TIME-H 原则在慢性下肢静脉溃疡整体护理中的应用价值分析[J].实用临床护理学电子杂志，2019,4(49):53-54.
[4] 曹桂英，陶颜等.组合型疼痛评估工具在疼痛科患者中的应用效果研究[J].当代医药论丛，2021,19(21):192-195.
[5] 潘艳,刘义娟,魏亚利.多学科协作诊治模式管理烧伤创面换药疼痛的效果观察[J].中华损伤与修复杂志（电子版）,2021,16(4):362-364.
[6] 中华预防医学会组织感染与损伤预防与控制专业委员会，中华医学会肠外肠内营养学分会，中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会糖尿病足学组.糖尿病足病医学营养治疗指南[J].全科医学临床与教育，2019,17(10):868-873.
[7] 张莹，孙秋子等.下肢静脉溃疡患者肢体功能锻炼的最佳证据总结[J].护理学志，2019,34(2):83-86.
[8] 扈东营，姜伟伟等.口服羟基脲致双下肢皮肤顽固性溃疡 1 例[J].中国皮肤性病学杂志,2020,34(04):478-479.
[9] Natalia, Curto-Garcia,Claire N, Harrison.An updated review of the JAK1/2 inhibitor (ruxolitinib)in the Philadelphia-negative myeloproliferative neoplasms.[J].Future oncology (London, England)2018,14(2):137-150.
[10] 郑宏娟，张佩英.下肢静脉溃疡压力治疗的证据总结[J].中华护理教育，2020,17(11):1046-1051.
[11] 崔超毅，黄新天.下肢静脉性溃疡诊治进展[J].中国实用外科杂志，2021,41(12):1419-1422.
[12] 许其静,杨伊春,雷微,杨莹,等.糖尿病皮肤慢性创面无细胞治疗的进展与问题[J].中国组织工程研究,2023,27(6):962-969.
[13] 刘文静，宋小军等.下肢静脉性溃疡伤口管理专家共识[J].血管与腔内血管外科杂志 2023,9(01):1-6+19.